29

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 16 Juin 1909 à 1 heure

PAR

Paul PÉROCHON

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Poitiers (1905-1906-1907)
Ancien aide d'anatomie de l'Ecole de médecine de Poitiers
Bi-lauréat de l'Ecole de médecine de Poitiers
(2e prix, médaille de bronze 1905-1906. 1er prix médaille d'argent 1906-1907)
Ancien externe des Hopitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES

Grossesses développées dans des Cornes Utérines

SANS COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR

Président : M. PINARD, *professeur*

Juges { MM. SEGOND, *professeur*
GOSSET, *agrégé*
COUVELAIRE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, Éditeur
15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	**M. LANDOUZY**
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD, BAR, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage filial de respect
et de profonde affe ction

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE
A MA NIÈCE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON ÉMINENT PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR **PINARD**

Professeur de Clinique obstétricale
A la Maternité de Baudelocque
Membre de l'Académie de Médecine

A MON EXCELLENT MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR **POTOCKI**

Professeur Agrégé
Accoucheur de l'Hôpital de la Pitié

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

Grossesses développées dans des cornes utériues sans communication avec l'extérieur

---

AVANT-PROPOS

Au début de ce modeste travail, nous nous faisons un devoir d'adresser nos sincères remerciements, aux distingués maîtres dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève au cours de nos études médicales.

A l'Ecole de Médecine de Poitiers, sous la savante autorité de son directeur, M. le Dr Delaunay, des maîtres habiles et dévoués surent nous guider.

Nous remercions tout d'abord M. le Dr Faivre, professeur de clinique médicale, pour la bienveillance avec lequel il nous a toujours traité et pour les excellents conseils qu'il nous a prodigués durant notre externat et internat.

Que M. le Dr Chrétien, professeur agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, reçoive l'assurance de notre vive reconnaissance. Par ses leçons, ses conseils, son exemple, il nous est resté en profonde admiration. Les marques d'estime et d'intérêt qu'il ne cessa de nous témoigner pendant et après notre année d'internat, sont pour nous une grande satisfaction.

Qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de toute notre gratitude à M. le Dr Malapert, professeur à l'Ecole de Médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Par ses cours à l'école, ses explications si naturellement précises au lit du malade, ses conférences d'externat, il sut nous rendre pleine d'attraits l'étude de la pathologie externe et nous assurer ainsi le succès à l'externat des hôpitaux de Paris.

Je n'oublierai ni M. le Dr Roland ni Mlle Clavière, qui, par leur bienveillant accueil à la maternité, nous apprirent à aimer l'étude de l'obstétrique que nous devions continuer ensuite avec tant de goût, comme externe, chez M. le Dr Potocki, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Nous ne saurions avoir trop de reconnaissance envers ce distingué maître qui nous donna l'idée de cette thèse et ne nous ménagea jamais ni son temps, ni ses savants conseils.

A Paris, nous eûmes encore l'honneur d'être élève :

De M. le professeur Raymond, dont la grande autorité et les belles leçons magistrales nous font souvent regretter la Salpêtrière ;

De M. le Dr Poulard, ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon, qui, par son admirable talent, son étonnante clarté, nous avait inspiré un goût si vif pour l'ophtalmologie.

Nous adressons enfin tous nos remerciements à M. le Dr Pouliot, ancien professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Poitiers, que nous avons eu le bonheur de retrouver à Paris et qui fut pour nous un guide précieux dans ce travail.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributiondeve0000vari

INTRODUCTION

Au cours de notre externat dans le service de notre distingué maître M. le Dr Potocki, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, accoucheur des hôpitaux, il nous a été donné d'observer un cas fort intéressant de *grossesse extra-utérine développée dans une corne utérine rudimentaire*. Nous en avons relevé l'observation avec un soin minutieux. Nous regrettons de ne pouvoir apporter qu'une observation personnelle. Mais les cas de ce genre sont rares en France. Les étrangers et surtout les Allemands en ont cependant publié un nombre assez considérable. De l'étude comparative de ces faits, nous avons pu tirer quelques renseignements.

Au cours de ce travail :

1° Nous essayerons d'établir le mode de *développement* embryogénique *des cornes utérines rudimentaires* et le *mécanisme de la fécondation* dans de telles cornes ;

2° Nous rechercherons les observations dans lesquelles il est démontré qu'*aucune communication* n'existait entre la corne rudimentaire et la corne bien développée ;

3° Nous montrerons enfin quels sont les *symptômes* habituels des grossesses de cette nature, combien est grande la difficulté du *diagnostic*, quel doit en être le *pronostic* et le *traitement*.

Développement des organes génitaux internes chez la femme et fécondation

Pour avoir une idée nette des malformations utérines que nous rapportons, il est nécessaire de bien connaître le mode de développement des organes génitaux internes de la femme.

Les organes génitaux internes chez la femme comme chez l'homme, d'ailleurs, proviennent du corps de Wolf, des canaux de Müller et des glandes génitales.

Le corps de Wolf apparaît sur les côtés de la colonne vertébrale au cours du deuxième mois. Il est constitué par deux conduits longitudinaux dans lesquels viennent déboucher des tubes flexueux et terminés en cæcum. Sur son côté interne, se développe un léger renflement : c'est la glande génitale qui formera le testicule ou l'ovaire. Après le troisième mois, jusqu'à cette époque le sexe reste indifférent, le corps de Wolf s'atrophie, disparaît presque complètement, ne laisse qu'une toute petite portion qui deviendra l'organe de Rosenmüller ou parovaire.

Ce sont les *canaux de Müller* qui jouent le rôle principal dans le développement des organes génitaux

internes de la femme. Ces canaux naissent quelque temps après ceux de Wolf, en dehors et au-dessus desquels ils se placent. Au niveau de l'extrémité inférieure, les canaux de Müller se tournent vers le côté interne puis vers le côté postérieur des canaux de Wolf. Ces quatre canaux juxtaposés deux à deux viennent s'aboucher tout près les uns des autres dans le sinus uro-génital, au-dessous de la vessie.

Les canaux de Müller d'abord pleins, séparés en haut par la largeur de la colonne vertébrale, s'unissent en bas, se soudent l'un à l'autre. La partie supérieure forme les trompes. La partie inférieure, contenue dans l'épaisseur du cordon génital, constitue l'utérus et le vagin. Chacun des canaux de Müller se creuse d'une cavité distincte, puis la cloison qui sépare les parties accolées disparaît en bas et en haut et le conduit vagino-utérin d'abord double devient simple plus tard.

Nous possédons ainsi une connaissance schématique du développement de l'utérus et ses anomalies vont devenir d'une interprétation facile :

1° La vulve et le vagin étant absolument normaux, l'utérus peut ou manquer ou être remplacé par *quelques tractus fibro-musculaires*. Dans certains cas, l'utérus peut être microscopique, dans d'autres, l'organe a la forme d'un utérus, mais il manque de cavité ;

2° *Utérus double*. — Il est constitué par un col unique et deux cornes. Les canaux de Müller restent

séparés seulement dans la portion qui doit former le corps de l'utérus ;

3° *Utérus bicorne*. — Le fond de l'utérus est creusé d'un sillon par suite de la jonction incomplète des canaux de Müller ;

4° *Utérus septus*. — La configuration extérieure de l'utérus est normale, mais la fusion en un seul des deux conduits utérins par résorption des parois adossées des tubes de Müller ne s'est pas accomplie. La cavité est divisée en deux par une cloison médiane et les deux cavités s'ouvrent séparément dans un vagin unique ;

5° *Utérus subseptus*. — Cette forme d'utérus n'est qu'une variété de l'utérus septus, il n'y a qu'un seul orifice du col dans le vagin ; mais les deux cavités des cornes utérines qui communiquent très largement en bas sont séparées en haut ;

6° *Utérus didelphe*. — Dans ce cas, les deux utérus sont complètement séparés, isolés, bien développés, représentant chacun une moitié d'utérus normal ; chaque corne possède une trompe, un ovaire et un ligament rond. Très souvent cette anomalie s'accompagne d'un vagin double ;

7° *Utérus unicorne*. — Il résulte de l'atrophie ou de l'arrêt de développement d'un des canaux de Müller. Cette variété de malformation nous intéresse tout particulièrement, car c'est dans cette catégorie que rentrent les cas cliniques qui font l'objet de notre travail.

L'utérus unicorne peut avoir à peu près la forme

normale, il peut être globuleux, conique, fusiforme ; mais il se compose d'une moitié d'organe, l'autre est à l'état rudimentaire. La trompe et l'utérus de ce côté peuvent être réduits à un cordon fibro-musculaire. Souvent en même temps l'ovaire est atrophié, le vagin rétréci. Mais il ne faut pas oublier que cette atrophie complète d'un des canaux de Müller n'est pas absolument nécessaire et que, parfois, il n'existe aucun retentissement de son arrêt de développement sur le vagin et l'ovaire qui sont tout à fait normaux. L'atrophie et l'oblitération du canal de Müller peuvent n'exister que sur un point. Et, comme le fait remarquer M. Treub, professeur à l'Université d'Amsterdam, un utérus unicorne est toujours accompagné d'une corne rudimentaire plus ou moins atrophiée.

Fécondation. — Dans cet utérus unicorne avec corne rudimentaire que va-t-il se passer ? Tout l'intérêt réside dans ce fait que l'utérus peut devenir le siège d'une grossesse. Et alors, de deux choses l'une : ou bien la grossesse va évoluer dans le canal de Müller parfaitement développé ou bien, ce qui est infiniment plus rare, l'œuf fécondé va se fixer dans la corne utérine rudimentaire, formant ainsi une sorte de grossesse extra-utérine d'une variété particulière. Mais, dans ce cas, le spermatozoïde peut féconder un ovule de l'ovaire droit ou de l'ovaire gauche. La corne utérine rudimentaire étant à gauche, la communication n'existant pas avec la cavité utérine proprement dite, le spermatozoïde va remonter

du vagin dans l'utérus, de l'utérus dans la trompe droite puis tomber dans le péritoine et par ses mouvements actifs, aboutir au pavillon de la trompe gauche, là il va féconder l'ovule venant de l'ovaire gauche dans lequel nous trouverons un corps jaune. Mais il arrive que le corps jaune siège dans l'ovaire droit et que la grossesse se développe dans la corne utérine rudimentaire gauche. L'ovule a dû tomber dans la cavité péritonéale, là il est fécondé par un spermatozoïde et l'œuf ainsi constitué, dirigé par une finalité dont nous ne connaissons ni la modalité, ni les étapes successives, va se fixer dans la corne utérine rudimentaire du côté opposé à l'ovaire qui a fourni l'ovule.

OBSERVATIONS

Observation personnelle

(Recueillie dans le service de M. Potocki, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital de la Pitié.)

M... Alphonsine, mécanicienne, est âgée de vingt-quatre ans. La recherche de ses antécédents héréditaires ou personnels nous renseigne peu et ne nous permet pas de prévoir un diagnostic tout particulièrement difficile. Son père est bien portant. Il est âgé de quarante-huit ans. Sa mère est morte d'une affection de poitrine. Elle n'a qu'une sœur, âgée de douze ans et bien portante. Mais elle nous apprend (et ceci est plus intéressant) qu'elle est née à sept mois ; bien que née avant terme, elle marcha, dit-elle, à treize mois et fut réglée à onze ans. Etant enfant, elle eut une rougeole bénigne. De quinze à dix-huit ans, elle fut très anémiée et mal réglée. A dix-neuf ans, elle se maria. Il est à remarquer que, pas plus à gauche qu'à droite, elle n'eut jamais de douleurs pelviennes, pouvant faire penser à des coliques utérines ou salpingiennes. Ses règles même ne la faisaient point souffrir. Dans l'ensemble, c'est une femme de petite taille, 1 m. 49, et paraissant de santé délicate.

En 1904, le 27 mai à 4 heures du matin, au septième mois de sa grossesse, elle accouchait sans difficulté (présentation du sommet, variété D. P.) d'une fille vivante et du poids de 1.750 grammes, débile. On la gave et lui fait des injections de

sérum artificiel ; elle meurt le 6 juin. La mère quitte l'hôpital en bonne santé le 8 juin.

En 1905, le 26 mai à 9 heures du soir elle revient à l'hôpital. Elle accuse les douleurs préparantes du travail. Les membranes sont rompues à dilatation complète le 27 mai à 3 h. 1/2 du matin. L'accouchement se fait normalement.

La délivrance spontanée complète a lieu à 4 h. 1/2 du matin. Le poids du placenta est de 400 grammes. L'enfant est âgé de sept mois et demi à peine (les dernières règles datent du 1er au 5 octobre). Il meurt quelques jours après la naissance.

En 1907, nouvel accouchement à huit mois de grossesse. Les dernières règles datent du 15 au 20 novembre. Les membranes sont rompues depuis la veille à 10 heures du soir. La dilatation est complète le 3 août à 3 heures du matin, et le 3 août à 3 h. 5 elle accouche spontanément d'une fille pesant 2.150 grammes. La délivrance naturelle se fait quelques minutes plus tard. Le placenta pèse 400 grammes. L'enfant est débile, a du muguet au bout de quelques jours. La femme quitte l'hôpital le 14 août, emportant son enfant incomplètement guéri et ne pesant que 1.925 grammes. Elle nourrit son enfant au sein pendant trois mois, c'est-à-dire jusqu'au 3 novembre 1908 et pendant ce temps elle ne voit pas de règles. Puis elle cesse l'allaitement et six semaines après le sevrage, apparaît son retour de couches qui dure cinq à six jours. Les règles suivantes ont commencé le 1er février et ont duré jusqu'au 9 février. Depuis cette époque, elle n'a pas eu de pertes de sang et s'est cru enceinte. Dans la seconde quinzaine de mars, elle a présenté quelques vomissements. C'est là le seul fait un peu anormal. Elle n'a pas eu de douleurs, pas de coliques au cours de sa grossesse.

Etant près du terme, elle entre pour se reposer à l'asile Michelet où elle est examinée le 18 août. La hauteur de l'utérus est de 31 centimètres. L'âge de la grossesse semble être de sept à huit mois environ. Le siège est très mobile. L'enfant est vivant. Au toucher, on constate que le col est ouvert. Elle part chez elle le 5 octobre 1908 et l'examen qui précède son départ est daté du 2 octobre, époque à laquelle l'auscultation était positive.

Elle rentre à nouveau à l'asile Michelet le 16 octobre 1908. Elle présente alors des symptômes nouveaux : une albuminurie intense, un utérus constamment tendu, la disparition des bruits du cœur de l'enfant. qui est difficilement mobilisable. La hauteur de l'utérus est de 27 centimètres. L'âge de la grossesse calculé d'après la date des dernières règles serait de plus de huit mois. Au toucher on sent un col ramolli, perméable. Elle est envoyée à la Pitié le 12 octobre 1908 avec le diagnostic : Grossesse de huit mois environ. Enfant mort.

Examen du 12 octobre 1908. — Le ventre présente des vergetures nombreuses bilatérales et un volume normal pour une grossesse à terme. L'utérus est haut de 30 centimètres. La palpation fait constater une tension anormale de l'utérus qui, pendant tout le temps de l'examen présente la consistance d'un utérus contracté. Il est impossible de sentir les parties fœtales. Au toucher, on constate que le col, long, est légèrement entr'ouvert. A l'auscultation on n'entend pas les bruits du cœur. Comme cela avait été fait à l'Asile Michelet, la sage-femme du service porte le diagnostic de « grossesse utérine de huit mois et demi avec enfant mort ». La femme est admise au dortoir et soumise au régime lacté (l'examen des urines ayant montré la présence d'albumine).

27 octobre 1908. — Elle commence à perdre du sang comme au moment de ses règles.

1er novembre. — Les pertes de sang continuent, analogues aux règles normales avec alternatives d'apparition et de disparition.

4 novembre. — La femme ne perd plus de sang.

Examen de M. Potocki, le 10 novembre 1908. — L'utérus présente toujours la même consistance dure. La mensuration donne le chiffre de 30 centimètres, identique au chiffre déjà trouvé à l'entrée de la malade à l'hôpital. On ne perçoit pas de crépitation osseuse ni sanguine lorsqu'on explore les différentes portions de la tumeur. A l'auscultation, on n'entend ni bruits du cœur, ni souffle maternel. On ne perçoit pas de fluctuation. Le col est conique, dévié vers la gauche. Sa consistance est ferme. Il est légèrement entr'ouvert. Son orifice est en forme de fente à direction transversale. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent une tumeur de consistance ferme, qui répond à la tumeur abdominale et présente la même consistance. Dans le cul-de-sac latéral droit, on perçoit nettement une petite tumeur obliquement dirigée de droite et à gauche et semblant se continuer àgauche avec le col. Les seins sont normalement pigmentés et à la pression, on fait sourdre du lait.

L'état général est bon. Dans les urines on ne trouve plus d'albumine.

M. Potocki émet l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine, en raison de la dureté permanente de la tumeur abdominale, de l'apparition d'hémorragies qui rappellent les règles normales, de la consistance du col qui n'est pas ramolli et de la constatation dans le cul-de-sac vaginal droit d'une petite tumeur qui est peut-être l'utérus. Toutefois, il est surpris de la

régularité de la tumeur qui rappelle celle de l'utérus gravide et pense qu'il pourrait bien s'agir d'un kyste fœtal contenu dans une corne utérine et ayant évolué comme une grossesse extra-utérine.

Il élimine la possibilité d'un kyste ovarien, qui pourrait donner un aspect et une consistance identique; il y a eu absence des règles pendant huit mois, les bruits du cœur ont été perçus à l'Asile Michelet. La malade a senti remuer vers le quatrième mois de sa grossesse probable..

22 novembre. — L'état local est à peu près le même. L'état général est toujours bon. La consistance de la tumeur abdominale n'a pas diminué. Sa forme est toujours régulière, sans bosselures, présentant les caractères d'un utérus gravide à terme. La tumeur est légèrement déviée vers la droite. La mensuration fait constater une légère diminution de volume, la hauteur est de 28 centimètres au lieu de 30. La circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic est de 84 centimètres. On ne perçoit pas de fluctuation. A l'auscultation, on n'entend ni bruits du cœur, ni souffle maternel, mais un phénomène nouveau est perçu. En un point très limité, au niveau de la corne droite de l'utérus, on sent, en exerçant de légères pressions, une crépitation osseuse très nette.

La vulve présente une coloration normale.

Le col est toujours dévié à gauche et dur sur toute son étendue, simplement un peu ramolli superficiellement.

Le cul-de-sac latéral gauche est étroit par suite de cette déviation du col. On y sent, très haut, une tumeur qui est peut-être la partie inférieure du segment inférieur distendu. Dans le cul-de-sac postérieur, on a la même sensation, le col, est séparé de la tumeur abdominale par un sillon assez net. Le cul-de-sac

latéral droit est plus large que le gauche. On sent, la tumeur abdominale qui donne, là comme ailleurs, une sensation de réunitence ; mais au-dessous d'elle, on perçoit toujours une tumeur roulant sous le doigt, ayant le volume du pouce, présentant la consistance d'un corps utérin normal, et se continuant directement avec le col de l'utérus. La direction de cette petite tumeur est un peu oblique.

L'examen au spéculum montre que le fond du vagin ne présente pas de coloration spéciale. Le diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant mort semble se confirme ou plutôt celui de grossesse développée dans une corne utérine avec rétention de l'œuf.

29 novembre, 10 heures du matin. — La hauteur utérine est de 27 centimètres. La circonférence au niveau de l'ombilic de 85 centimètres. La hauteur au-dessus de l'ombilic est de 17 centimètres. En déplaçant la paroi abdominale sur la tumeur, l'ombilic se mobilise mal de droite à gauche et assez facilement de haut en bas, comme s'il y avait une légère adhérence profonde.

Le toucher ne nous apprend rien de nouveau. Il n'est plus revenu de sang depuis le commencement de novembre.

6 décembre. — La circonférence abdominale, la hauteur de l'utérus n'ont pas varié depuis l'examen du 29 novembre. Il semble que les mouvements de latéralité de gauche à droite et de droite à gauche, imprimés à la tumeur ne se transmettent pas au col, alors que les mouvements de haut en bas s'y transmettaient parfaitement.

Au toucher, les constatations restent les mêmes.

13 décembre. — Hauteur de l'utérus 27 centimètres. Circonférence abdominale 84 centimètres. L'état général est bon. La malade part chez elle.

4 janvier 1909. — Elle rentre de nouveau à l'hôpital dans le même état. Après examen, M. Potocki porte définitivement le diagnostic de *kyste fœtal contenu dans une corne utérine sans communication avec l'exterieur* et fixe la date de l'intervention au 9 janvier.

9 janvier, 1909 à 10 heures du matin. — Opération par M. Potocki. Après incision de la paroi abdominale, on tombe sur une tumeur volumineuse présentant l'aspect d'un utérus gravide de forme régulière, légèrement ovalaire ; sur le côté gauche de cette tumeur, aboutissent le ligament rond et la trompe avec son ovaire qui est sessile et semble greffé directement sur la tumeur. On agrandit l'incision primitive pour énucléer cet utérus gravide et on peut voir en arrière et à droite de celui-ci le petit utérus que l'on sentait dans le cul-de-sac latéral droit au cours de l'exploration clinique. Deux clamps sont placés sur le ligament infundibulo-pelvien et sur le ligament large. On sectionne ces deux pédicules en pratiquant la ligature de chacun d'eux par des catguts. La tumeur est enlevée très facilement. L'hémostase est complète. L'utérus, d'apparence normale, est laissé en place. Le ligament large droit est augmenté de volume. La trompe et l'ovaire du même côté sont normaux. On ne draine pas. On fait un surjet au catgut sur le péritoine. Des catguts séparés sont placés sur le muscle droit et des crins de Florence sur la peau. Dans la soirée, on pratique des injections diverses. (Sérum artificiel 500 grammes, caféine, huile camphrée).

9 janvier, 4 heures du soir. — Température, 37°3, pouls, 100. L'opérée très calme n'a eu que deux vomissements pendant la nuit.

10 janvier, 8 heures du matin. — Température 38°3, pouls,

120. Dans la journée, la malade boit de l'eau glacée et ne vomit pas. A 4 heures du soir, température 38°3, pouls, 120. Trois vomissements pendant la nuit. Sous l'influence de 2 piqûres de morphine, l'une à 5 h. 15, l'autre à 10 h. 30 (un quart de seringue de Pravaz (1 cmc.) d'une solution à 2 o/o) la malade dort bien.

11 janvier, matin. — Température 37°6, pouls, 100.

L'état général est bon. Les urines sont abondantes. Cependant, on fait un litre de sérum artificiel.

A 4 heures, température, 38 degrés, pouls, 100.

La malade accuse une grande fatigue.

12 janvier, matin. — Température, 37°5, pouls, 112.

Dans la nuit, elle dort peu, ses urines sont moins abondantes et beaucoup plus rouges. Elle est très abattue.

13 janvier, matin. Température, 37°7, pouls 112.

Les urines sont foncées. La malade présente de la dyspnée avec suffocation. Elle ne souffre pas, mais elle tousse et crache beaucoup. On remarque un subictère très léger. On lui applique sur la poitrine un cataplasme sinapisé et on lui pose des ventouses sèches. On la purge avec de l'eau de Sedlitz. Le soir, vers 5 heures, température 39°4, pouls, 152. 48 respirations à la minute. Nouvelle application de ventouses. Le facies de la malade est animé. Les pommettes sont rouges, surtout la droite. Le sommet du poumon droit percuté avec soin présente une légère submatité. A l'auscultation, on constate un affaiblissement du murmure vésiculaire. La présence du pansement empêche la percussion et l'auscultation des bases. On porte le diagnostic de congestion pulmonaire. Pigments biliaires dans les urines.

14 janvier, matin. — L'état général s'améliore. La respira-

tion est plus facile. La teinte jaune des téguments s'atténue. Les urines sont moins colorées.

15 janvier, matin. — L'ictère a presque complètement disparu. La respiration est plus facile. Les urines sont assez abondantes et peu colorées. On applique un cataplasme sinapisé et des ventouses sèches. La nuit est bonne.

16 janvier. — L'état général s'est considérablement amélioré. La malade tousse moins souvent.

17, 18, 19, 20 janvier. — L'état de la malade continue à s'améliorer progressivement.

21 janvier. — On enlève les fils. Il existe un léger décollement au niveau de deux crins superficiels ; attouchements iodés.

24 janvier. — La malade ne tousse plus. Elle va très bien.

Examen de la tumeur. — La tumeur retirée de l'abdomen est volumineuse, arrondie, lisse et sillonnée seulement par quelques vaisseaux superficiels. La trompe, l'ovaire et le ligament rond sont accolés à sa partie antéro-externe. De consistance ferme, légèrement rénitente, cette tumeur présente très nettement à son pôle supérieur de la crépitation osseuse. Sa circonférence prise dans le sens horizontal est de 54 centimètres prise dans le sens vertical de 58 centimètres. Le diamètre vertical est sensiblement de 19 cm. 5. Le diamètre horizontal de 17 centimètres. Son poids est de 4 kilogrammes. Le pédicule paraît fibro-musculaire, mais surtout fibreux, il est tellement étalé qu'il est absolument impossible d'en faire une coupe capable d'être examinée au microscope. A ce niveau, on ne peut relever la moindre solution de continuité pouvant permettre la communication entre l'utérus droit et la tumeur. C'est dans l'épaisseur de ce pédicule que montent deux paquets vasculaires ; l'un constitué

par l'artère utérine et ses veines et l'autre par l'artère utéro-ovarienne et les veines du même nom.

On incise la tumeur suivant l'axe vertical, on constate que la tête est dans le pôle supérieur, le siège dans le pôle inférieur. Le fœtus est réduit à son minimum de volume par suite du développement relativement faible et de la résistance de la poche qui l'entoure. La tête est fortement fléchie sur le thorax qu'elle déprime. Elle vient en contact avec les bras et les cuisses. Le fœtus est recouvert d'une masse brun verdâtre, épaisse, boueuse, qui représente le liquide amniotique (fig. 2).

Le cordon d'une longueur totale de 30 centimètres est fortement aplati, il glisse entre un pied, la tête et une main, contourne le dos du fœtus et par une insertion vélamenteuse va se fixer sur le placenta. Le placenta forme une masse irrégulière fortement aplatie, divisée par des sillons en sept lobes faisant saillie dans la cavité ovulaire.

La paroi musculaire de la poche est exactement celle d'un utérus gravide. Examinée à l'œil nu, la paroi du kyste fœtal, aux points où elle présente son maximum d'épaisseur, paraît formée de fascicules musculaires plexiformes, constituant un réseau à larges mailles, disposées par plans parallèles les uns les autres. L'épaisseur varie de 4 millimètres au niveau des points d'insertion des cotylédons placentaires à 2 millimètres après décollement des membranes, la paroi est transparente, mais sans la moindre solution de continuité.

Le poids de la paroi musculaire de la poche fœtale et des membranes est de 630 grammes. Celui du fœtus est de 3.370 grammes.

Après cet examen, nous incisons l'ovaire gauche, accolé à la

tumeur pour y rechercher un corps jaune. Il n'en existe pas. C'est par suite l'ovaire droit qui a fourni l'ovule fécondé.

Examen histologique, dû à l'obligeance de M. Debertrand, interne à l'Hôpital de la Pitié. — Tissu musculaire lisse utérin avec membranes normales.

Observation de M. le Dr Brindeau

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

(*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1907.)

Femme âgé de vingt-huit ans, a déjà eu deux grossesses qu'elle a menées à terme sans incidents. Toujours bien réglée, elle ne se plaignait ni d'hémorragies en dehors de ses règles, ni de leucorrhée. Le 10 mars 1906, les règles vinrent comme à l'ordinaire, puis elles se suspendirent complètement jusqu'au 1er novembre c'est-à-dire pendant huit mois. La femme ressentit tous les troubles ordinaires de la grossesse (envies, vomissements, ptyalisme). Son abdomen augmenta progressivement de volume, mais à la fin de septembre, c'est-à-dire vers le sixième mois de la supposée grossesse, tous ces troubles ont cessé en même temps que les seins devenaient plus flasques et moins volumineux. A partir de ce moment, le développement du ventre semble s'arrêter. Les mouvements actifs n'ont jamais été nettement perçus.

1er novembre. — Légère perte sanguine, s'accompagnant de l'expulsion d'un petit caillot ; cette perte dura trois à quatre jours. Le 4 décembre, nouvel écoulement peu abondant, mais qui se continue pendant tout le mois. Vers le milieu de décem-

bre survinrent de violentes douleurs ressemblant à des douleurs d'accouchement et ayant duré une heure environ. Pas d'expulsion de caduque. Vers la fin de décembre, nouvelle perte ressemblant à des règles normales et s'accompagnant de douleurs abdominales et de nausées.

La femme se présente à la maternité de Saint-Antoine le 25 janvier 1907. Elle a toutes les apparences d'une bonne santé. Les seins sont flasques et laissent suinter à la pression quelques gouttes de colostrum. L'abdomen est peu développé. Au palper, on sent une tumeur ovoïde régulière, dirigée un peu obliquement et ressemblant à un utérus gravide. Le fond de la tumeur remonte à l'ombilic. La consistance est ferme, mais elle n'est pas constante, car on y sent des contractions. Pas de ballottement fœtal. Pas de bruits du cœur.

Au toucher, le col est très dur, sa hauteur est diminuée. Le col se continue dans le cul-de-sac antérieur par une tumeur très dure, d'une consistance pierreuse qui a le volume d'une mandarine. Cette petite tumeur fait corps avec la grosse. Dans le cul-de-sac postérieur du vagin, on trouve deux petites brides dirigées d'avant en arrière et que l'on prend pour des brides cicatricielles.

L'exploration du col faite à l'aide de fines bougies d'Hégar montre que l'orifice cervical est très petit, très résistant. Il est impossible d'enfoncer l'instrument au delà de 3 centimètres.

En somme, en présence des signes antérieurs de grossesse, de cette absence de règles pendant dix mois, de la régression utérine qui s'est faite à partir du sixième mois, nous posons le diagnostic de « grossesse prolongée avec rétention de fœtus mort ». Mais à quelle cause fallait-il rattacher cette rétention au delà du terme ? Etait-ce une grossesse extra-utérine ? Non. Puisque

le kyste fœtal se contractait nettement ? Aussi je me ralliais au diagnostic de fibrome de la lèvre antérieure du col ayant amené l'occlusion de l'orifice cervical. Sænger en avait en effet rapporté un cas. Devant l'impossibilité d'agir par les voies naturelles, je procédais à la laparotomie. L'abdomen aussitôt ouvert, je m'aperçus qu'il s'agissait d'un utérus bicorne avec une corne volumineuse gravide et l'autre normale placée en avant entre la corne gravide et le pubis. Hystérectomie supra vaginale. Le col est particulièrement résistant. Il crie sous le bistouri. Péritonisation, fermeture sans drainage. Suites opératoires normales.

La pièce montre qu'il s'agit d'une *grossesse développée dans une corne oblitérée d'un utérus double.* La corne gauche non gravide est normale ; elle possède un ovaire et un ligament rond ; dans cet ovaire, on trouve un corps jaune. La corne droite gravide est volumineuse ; elle présente 18 centimètres de hauteur. La trompe qui y adhère a sa longueur normale. Le ligament rond s'insère à son siège normal. La section du col montre l'orifice interne dans lequel il faut pénétrer très obliquement pour faire entrer un stylet dans l'utérus gravide. Sur une section longitudinale de la pièce, on voit que le fœtus est momifié, très tassé, mais bien conservé. Il donne l'aspect d'un fœtus ectopique. Après avoir retiré le fœtus on s'aperçoit qu'il est impossible de trouver la moindre trace d'orifice faisant communiquer avec le col.

Cette observation mérite d'attirer l'attention sur plusieurs points. On peut se demander, en effet, par quel mécanisme s'est faite la fécondation. Il est ici hors de doute que la corne était oblitérée et comme le corps jaune est situé dans l'ovaire du côté opposé,

il faut admettre que l'ovule fécondé près de l'ovaire gauche est venu gagner la trompe droite par un trajet péritonéal. Un autre point sur lequel je tiens à insister, c'est la difficulté du diagnostic dans ce cas. Il est en effet très difficile de songer à un utérus bicorne, parce que l'utérus vide était situé directement en avant ; pour la même raison, les ligaments ronds étaient difficilement perceptibles. On aurait pu cependant penser à la possibilité d'une malformation utérine, à cause de la bride vaginale qui existait dans le cul-de-sac postérieur, mais nous avions cru à une cicatrice provenant des accouchements antérieurs. Quant au traitement, nous pensons que l'hystérectomie était le seul traitement possible, parce que la corne gravide avait un pédicule beaucoup trop volumineux pour être extirpée seule.

Observation de MM. Lefour et Fieux

(*Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie de Bordeaux*, 1903.)

Une jeune fille de dix-huit ans, bien portante en général et bien réglée d'habitude, entre dans le service le 4 février, pensant être en péril d'avortement.

Elle a eu ses dernières règles normales du 5 au 8 septembre. En octobre, ce qu'elle appelle ses règles apparaît le 5, sous forme d'un écoulement qui ne dure qu'un jour et qui consiste en du sang très pâle et très peu abondant ; de plus, cet écoulement est indolent, tandis que ses règles sont toujours assez

douloureuses. A la fin d'octobre, gonflement des seins ; à partir de fin décembre, quelques nausées au repas du soir et somnolence après le repas de midi.

La malade pense qu'elle est enceinte, se porte bien et rien de particulier ne se passe jusqu'au 1er février. Dans la nuit de ce jour, elle souffre un peu du bas ventre, a une certaine sensation de pesanteur, et le matin, en se levant, perd un peu de sang rouge mélangé à quelques fragments membraneux de couleur rosée.

Un médecin qui la voit chez elle lui conseille, sans l'examiner, de venir à l'hôpital, où elle arrive le 3 au soir avec l'idée qu'elle est menacée d'un avortement. Le soir même, dans le service, elle perd un fragment membraneux qui est jeté par une infirmière.

Le 4 au matin, cette jeune femme nous est présentée comme étant menacée d'avortement avec cette particularité, nous dit-on, que l'utérus est fortement incliné à gauche. Par le palper, on trouve une tumeur arrondie, régulière, grosse comme une orange à peu près, placée dans l'hypogastre et débordant dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur est absolument indolente et assez mobile dans les deux sens. A droite, on perçoit une autre tumeur plus petite, plus profondément située et beaucoup moins mobile que la première. Au toucher vaginal, col mou perméable au doigt, qui se continue avec la tumeur de droite qui est manifestement l'utérus. Cet utérus mou, un peu hypertrophié, est trop petit pour contenir un œuf de l'âge présumé de la grossesse. Dans le cul-de-sac gauche, et, en avant on perçoit la tumeur ronde et mobile déjà perçue par le palper. Elle est nettement indépendante de l'utérus, bien que l'on ait la sensation vers sa partie moyenne d'un large pédicule

la rattachant à la corne utérine gauche. Les deux seins sécrètent du colostrum en assez grande quantité.

Diagnostic : Grossesse ectopique. Nous n'osons pas dire grossesse tubaire, en raison de l'évolution particulièrement silencieuse de la tumeur et de son extrême mobilité.

Laparotomie le 5 février par M. le professeur Lefour assisté de MM. Fieux et Lafond. On trouve la tumeur arrondie excessivement régulière que je vous présente actuellement.

Cette tumeur, très vasculaire, était reliée par un large pédicule à la partie gauche de l'utérus et la trompe gauche intacte s'y implante exactement comme au niveau d'une corne utérine.

Section du pédicule entre deux pinces de Richelot.

Ablation : Ligature en chaîne et en masse du moignon au catgut n° 2.

L'utérus sous l'œil et en mains paraît à peine hypertrophié.

Les annexes droites semblent saines et sont laissées en place.

Suture à étages : Suites opératoires excellentes. Ce n'est qu'après un séjour de quinze jours dans l'alcool que la pièce a été ouverte. Vous pouvez voir le kyste fœtal, d'une régularité parfaite, ouvert comme une orange, renfermant un fœtus de trois mois et demi environ. Pour terminer, je dirai simplement que notre impression est que nous nous trouvons en présence d'une *grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire.*

Il n'y avait rien d'anormal, ni du côté de l'utérus, ni du côté des annexes droites, mais il faut remarquer la régularité de la sphère, ordinairement irrégulière et avec des bosselures lorsque l'on a affaire à la trompe gravide.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Kehrer dans une monographie très complète en relève en 1899, 82 cas.

Werth, en 1904, en réunit 104 cas.

Treub, en 1906 montre que la littérature médicale en possède 113.

Cohn dans son travail sur la grossesse de l'utérus bicorne unicervical arrive au total de 131 cas. (Cet auteur ne signale que 70 cas de pédicule plein.)

Ces observations ne présentent pas toutes le même intérêt. Les unes sont incomplètes et il n'est pas bien sûr que ce soient véritablement des grossesses développées dans une corne rudimentaire, d'autres ne sont pas douteuses, mais il existe un canal de communication entre la corne rudimentaire et la corne principale. Quant à nous, après avoir ajouté à notre observation personnelle deux observations françaises dans tous leurs détails : celles de MM. Lefour et Fieux de Bordeaux en 1903, et de M. Brindeau professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris en 1907, nous nous sommes attaché à rechercher les observations les plus intéressantes dans lesquelles il n'existait aucun pertuis entre les deux cornes.

La première observation remonte à *Mauriceau, 1669*. Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, ayant eu 11 grossesses nor-

males, qui meurt d'hémorragie au troisième ou quatrième mois d'une douzième grossesse : « L'enfant, dit Mauriceau, fut trouvé entre les intestins de sa mère avec une grande abondance de sang caillé qui s'était épanché dans tout le bas ventre. Voici, comme je prouve que cette même partie, en laquelle il était contenu, avant qu'il en fût sorti par la rupture qui s'y fit, était une portion du propre corps de la matrice et non pas le tuba uteri : c'est qu'il est constant que le ligament rond s'attache immédiatement à la partie latérale du propre corps de la matrice appelée la corne, ce ligament confondant en ce lieu sa substance avec celle de la matrice. »

En 1681. — Dionis publie l'observation d'une femme de vingt ans, qui meurt d'hémorragie au sixième mois de sa grossesse. A l'autopsie, on trouve une corne rudimentaire gauche rompue, réunie par un pédicule plein, à la corne principale.

En 1779. — Observation de Pfeffinger-Fritze. — Enfant de cinq mois, transformé en lithopédion et conservé pendant trente ans dans une corne utérine rudimentaire gauche. Pédicule plein.

En 1824. — Tiedmann Czihak publie l'observation d'une femme de vingt-deux ans, enceinte de six mois, succombant au cours d'une hémorragie consécutive à la rupture d'une corne utérine rudimentaire droite. Pédicule plein.

En 1831. — Observation de Jœrg-Guentz. — Femme âgée de vingt ans, enceinte pour la première fois. Le fœtus meurt au bout du cinquième mois et la rupture de la corne n'a lieu que deux mois plus tard. A l'autopsie, on trouve dans le pédicule un canal nettement en cul-de-sac, une corne utérine rompue et un corps jaune dans l'ovaire gauche.

En 1834. — Observation de Dreyer. — Femme âgée de trente-

trois ans, sixième grossesse, enceinte de trois mois. meurt par rupture utérine. La grossesse s'était développée dans la corne utérine rudimentaire droite. Le corps jaune siège dans l'ovaire gauche. Il y a donc eu migration de l'ovule et du spermatozoïde dans l'abdomen. Pédicule plein.

En 1834. — Observation de Ingleby. — Femme enceinte pour la septième fois, grossesse de quatre mois, mort par rupture utérine. La grossesse s'était développée dans la corne rudimentaire gauche. Le corps jaune est dans l'ovaire gauche. Pas de canal de communication avec la corne principale bien développée.

En 1835. — Observation de Heyfelder-Russmaul. — Femme de trente-six ans, cinquième grossesse, enceinte de cinq mois, meurt par hémorragie, consécutive à la rupture d'une corne rudimentaire gauche. Le corps jaune est dans l'ovaire gauche. Pédicule plein.

En 1842. — Rokitansky publie l'observation d'une femme âgée de vingt-quatre ans, chez laquelle on avait fait le diagnostic de grossesse extra-utérine et qui meurt de rupture utérine. A l'autopsie, on reconnaît une grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. Pédicule plein.

En 1846. — Observation de Van Deen. — Femme ayant fait trois fausses couches, enceinte de neuf mois. L'enfant est retenu depuis plus de quatre ans dans le ventre de la mère. La tumeur s'enflamme, la femme meurt et l'on trouve une grossesse à terme dans la corne utérine rudimentaire droite. Le pédicule d'union avec la corne bien développée est plein.

En 1852. — Behse rapporte l'histoire d'une femme de vingt-huit ans enceinte pour la troisième fois. Elle meurt par rupture utérine au quatrième mois de sa grossesse qui s'était

développée dans la corne utérine rudimentaire droite. Pédicule plein.

En 1855. — Scanzoni publie l'observation suivante : « Une femme âgée de trente-quatre ans, quatrième grossesse, enceinte de quatre mois et demi, meurt rapidement d'une rupture utérine. L'étude des pièces montre l'existence d'une corne utérine rudimentaire gauche, dans laquelle s'était développée la grossesse ; le corps jaune était situé sur l'ovaire droit. Pédicule plein. »

En 1859.— Observation de Hancoz. — Femme de vingt-trois ans, primipare, enceinte de huit mois et demi, meurt par hémorragie abdominale consécutive à la rupture de la corne utérine droite dans laquelle était contenu le fœtus. Pédicule plein.

En 1860. — Observation de Stolz. — Femme multipare au troisième mois. Rupture des parois de la corne utérine rudimentaire gauche, dans laquelle s'était développée la grossesse. Hémorragie faible. Corps jaune dans l'ovaire droit. Pédicule plein particulièrement fin.

En 1860. — Observation de Virchow. — Femme de vingt-sept ans, meurt dans les premiers mois de sa grossesse par rupture utérine. A l'autopsie, on reconnaît une grossesse développée dans la corne utérine rudimentaire gauche. Le corps jaune siège dans l'ovaire gauche. Pédicule plein très fin.

En 1860. — Rosenburger publie l'observation d'une femme de vingt-quatre ans, enceinte de cinq mois, qui meurt de rupture utérine. La grossesse s'était développée dans la corne utérine rudimentaire droite. Le corps jaune est dans l'ovaire droit. Le pédicule est plein.

En 1863. — Observation de Luska. — Une femme au cours

de sa troisième grossesse meurt d'hémorragie due à la rupture de la corne utérine rudimentaire droite. Le corps jaune est dans l'ovaire gauche. Le pédicule est plein.

En 1866. — Turner fait connaître l'histoire d'une femme de vingt ans morte par hémorragie au troisième mois de sa grossesse qui évoluait dans la corne utérine rudimentaire gauche. Le pédicule est plein. Le corps jaune siège dans l'ovaire droit.

Turner la même année, rapporte l'observation d'une femme de trente-cinq ans, chez laquelle l'on avait porté le diagnostic de grossesse extra-utérine à terme et qui meurt de tuberculose six mois après la mort du fœtus. L'enfant momifié, calcifié, était retenu dans la corne utérine rudimentaire gauche.

En 1874. — Observation de Hegar. — Femme enceinte de quatre mois dans une corne utérine rudimentaire. Mort par rupture. Pédicule plein.

En 1876. — Observation de Chiari. — Femme de quarante ans. Rupture d'une corne utérine rudimentaire au quatrième mois. Hémorragie légère. Le fœtus tombe dans le Douglas où il se transforme en lithopédion et reste jusqu'à la mort de la femme par affection cardiaque quinze ou vingt ans après.

En 1876. — Ruge rapporte l'observation d'une femme enceinte de trois mois, qui meurt d'hémorragie par rupture de la corne utérine rudimentaire droite, siège de la grossesse. Le corps jaune est dans l'ovaire gauche. Pédicule plein.

En 1878. — Observation de Cavestrini. — Femme de vingt-quatre ans, secondipare, enceinte de quatre mois, rupture d'une corne utérine rudimentaire. Pédicule plein. L'observation est incomplète.

En 1881. — Salin publie l'observation d'une femme de

vingt-deux ans, primipare, enceinte de six mois. Il y a rupture de la corne utérine rudimentaire, reliée par un pédicule plein à la corne bien développée.

En 1881. — Observation de Wœrth. — Femme âgée de trente-neuf ans, fut opérée au cours de sa troisième grossesse, au treizième mois, pour une tumeur qui se trouva être une grossesse dans une corne rudimentaire. La femme mourut.

En 1882. — Observation de Maschka. — Femme de trente-huit ans, enceinte pour la septième fois. Utérus gros de trois à quatre mois. A cette époque, rupture utérine et mort. A l'autopsie, on trouve sur le côté gauche une tumeur globuleuse, reliée au corps utérin par un pédicule étroit, ferme, sans canal. Le corps jaune siège sur l'ovaire droit.

En 1883. — Observation de Meyer-Frankenhauser Jenny. — Femme âgée de vingt-huit ans, primipare, grossesse de sept semaines. Hémorragie abdominale consécutive à la rupture de la corne utérine rudimentaire gauche. Mort de la femme. Corps jaune dans l'ovaire droit. Pédicule plein.

En 1884. — Observation de Sanger. — Femme âgée de vingt et un ans, enceinte pour la troisième fois. Age de la grossesse sept mois. On pose le diagnostic de grossesse dans une corne d'un utérus double. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire gauche, un pédicule plein, et le corps jaune dans l'ovaire droit. Après l'opération, les règles reviennent dans les mois suivants, et l'on peut observer deux accouchements postérieurs.

En 1884. — Kaltenbach publie l'observation d'une femme, ayant eu trois grossesses antérieures, enceinte de quatre mois, qui meurt d'hémorragie par rupture d'une corne utérine rudi-

mentaire droite. Le corps jaune est dans l'ovaire droit. Le pédicule est plein.

En 1884. — Macdonald signale le cas d'une femme primipare, chez laquelle on retire de la corne utérine rudimentaire gauche, treize mois après la fin de la grossesse, un fœtus à terme, macéré et pris pour un fibrome de la paroi antérieure. Guérison. Le corps jaune est dans l'ovaire gauche. Le pédicule plein présente un canalicule nettement terminé en cul-de-sac.

En 1885. — Observation de Gallefritsch. — Chez une femme de vingt-huit ans, primipare, on pose le diagnostic de grossesse dans une corne d'utérus bicorne. Six mois après la mort du fœtus à terme, l'on opère et l'on reconnaît que la grossesse s'est développée dans la corne utérine rudimentaire gauche. Le pédicule est plein. Le corps jaune est à droite.

En 1885. — Observation de Salle. — Femme de vingt-huit ans, secondipare, opérée avec succès au dix-huitième mois de sa grossesse dans une corne utérine rudimentaire. Pédicule plein.

En 1886. — Observation de Bandl-Hofmann. — Femme de dix-neuf ans, primipare, enceinte de quatre mois, meurt par rupture d'une corne utérine rudimentaire droite. Le pédicule est plein.

En 1886. — Observation de Hetzel. — Femme de vingt-trois ans, primipare, grossesse de douze mois dans une corne utérine rudimentaire, fut opérée avec succès.

En 1888. — Observation de Massen-Slavyansky. — Femme âgée de vingt-neuf ans. quatrième grossesse. Au quatrième mois, rupture de la corne utérine rudimentaire gauche, siège de la grossesse. Pédicule plein. Corps jaune dans l'ovaire gauche.

En 1888. — Observation de Himmelfarb. — Femme de vingt-

six ans, enceinte pour la troisième fois, grossesse de six mois. Rupture de la corne utérine gauche. Hémorragie. Hystérectomie totale immédiate. Guérison. Corps jaune à droite. Pédicule plein.

En 1889. — Observation de Sklifossowski. — Femme de vingt-cinq ans, secondipare, à terme, enfant macéré, retenu dans la corne utérine rudimentaire droite. Pédicule plein. Opération. Guérison.

En 1890. — Observation d'Elbing. — Femme de trente-quatre ans, à terme, on fait le diagnostic exact de grossesse développée dans la corne utérine rudimentaire gauche. Le pédicule est plein. Le fœtus est retenu un an et demi comme lithopédion. Opération. Guérison.

En 1890. — Observation de Landau. — Femme âgée de vingt-trois ans, chez laquelle on pose au deuxième mois de sa grossesse le diagnostic de grossesse utérine. A cette époque, mort du fœtus. Cinq à six mois après on intervient. La grossesse est bien extra-utérine, mais développée dans la corne utérine rudimentaire gauche. Le pédicule est plein. Le corps jaune est dans l'ovaire droit.

En 1891. — Observation de Wyder. — Femme de vingt-cinq ans, enceinte de cinq mois pour la première fois. Mort de la femme par hémorragie consécutive à la rupture de la corne utérine rudimentaire droite, siège de la grossesse, Court pédicule plein. Corps jaune dans l'ovaire droit.

En 1892. — Observation de Mangiagalli. — Femme âgée de dix-neuf ans. Mort de l'enfant au huitième mois de la grossesse. Intervention quatre mois plus tard. On trouve le fœtus momifié, logé dans la corne utérine gauche hypertrophiée et

distendue. Le corps jaune siège dans l'ovaire gauche. Guérison de la femme.

En 1892. — Observation de Kolff-Treub. — Femme enceinte pour la quatrième fois. Mort du fœtus à terme. On hésite entre une grossesse extra-utérine et un sarcome de l'ovaire. On opère et l'on reconnaît une grossesse extra-utérine développée dans la corne utérine rudimentaire gauche. Le pédicule est plein.

En 1892. — Deux Observations de Winter. — La première porte sur une femme de vingt-cinq ans, secondipare, chez la quelle on fait, au cinquième mois, le diagnostic de grossesse tubaire avec rupture probable. L'opération pratiquée huit jours après la rupture amène la guérison et apprend que la grossesse avait évolué dans la corne utérine rudimentaire gauche avec pédicule plein, la reliant à la corne principale. Le corps jaune est dans l'ovaire droit.

Winter publie la même année une deuxième observation de ce genre. C'est une grossesse de trois mois dans une corne rudimentaire. Le fœtus est mort et macéré. Le pédicule est plein.

En 1893. — Observation de Wehle Léopold. — Femme de trente-cinq ans. Quatre grossesses antérieures. On diagnostique une grossesse de cinq mois dans la corne utérine rudimentaire gauche. A cette date, mort de l'enfant. Au bout de deux mois, intervention ; le diagnostic est confirmé, on trouve un pédicule plein et un corps jaune dans l'ovaire gauche.

En 1894. — Observation de Walthard-Geiser. — Femme de dix-huit ans, primipare, enceinte de six mois, on fait le diagnostic exact de grossesse dans la corne utérine gauche. Le fœtus meurt à cette époque. On opère au dixième mois, on reconnaît

l'exactitude du diagnostic. Le corps jaune est dans l'ovaire gauche. Le pédicule est plein.

En 1894. — Observation de Palmer-Stande. — Femme de vingt-cinq ans. Secondipare, enceinte de cinq mois. On fait le diagnostic exact : Grossesse développée dans la corne utérine droite. Opération. Guérison. Pédicule plein.

En 1895. — Observation de Galabin. — La femme est examinée après la mort du fœtus. On croit à un kyste de l'ovaire, l'opération montre une grossesse dans la corne utérine rudimentaire droite. Le pédicule est plein.

En 1895. — Observation de Remfry. — Femme de trente ans, enceinte de six mois. On fait le diagnostic de myome sous-péritonéal. On opère et on enlève la corne utérine rudimentaire droite distendue par un fœtus. Le pédicule est plein.

En 1895. — Von Ott publie l'observation d'une femme de trente-huit ans, enceinte pour la cinquième fois et à terme dont le fœtus est retenu mort pendant six mois. Le pédicule est plein. Opération six mois après la fin de la grossesse. Guérison.

En 1896. — Observation de Winter. — Femme de vingt-huit ans, à terme. On croit soit à une tumeur ovarienne, soit à une grossesse tubaire. On opère et on reconnaît une grossesse développée dans la corne utérine rudimentaire droite. Le pédicule est plein. Guérison.

En 1897. — Observation de Schramm. — Femme de trente-six ans, ayant eu un accouchement normal et un prématuré, à terme. On diagnostique une grossesse extra-utérine avec fœtus mort depuis quatorze semaines. On opère. On enlève la tumeur constituée par une grossesse développée dans la corne utérine rudimentaire gauche. Pédicule plein, presque nul.

En 1897. — Koblanck-Olshausen publie 4 observations :

1° Femme de vingt-huit ans, enceinte de quatre à cinq mois, fœtus macéré. Opérée à cette époque d'une grossesse développée dans la corne utérine rudimentaire droite. Le pédicule est plein. Les règles reviennent quelques mois plus tard et seize mois après, la femme a un enfant vivant ;

2° Femme enceinte de trois à cinq mois, on fait le diagnostic de grossesse dans une corne utérine séparée. Rupture des parois. On opère. La corne rudimentaire est celle de droite. Le corps jaune est dans l'ovaire gauche ;

3° Femme enceinte de trois à cinq mois. Opération. Guérison. La grossesse siégeait dans la corne utérine rudimentaire droite. Le corps jaune est dans l'ovaire gauche. Le pédicule est plein.

En 1897. — Observation de Gummert. — Grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. Pédicule plein.

En 1897. — Observation de Targett. — Rupture utérine au cours d'une grossesse dans une corne utérine rudimentaire.

En 1898. — Observation de Serejniknoff von Ott. — Femme âgée de vingt-sept ans, enceinte de huit mois dans la corne utérine rudimentaire droite. Rupture de la corne. Pédicule plein. Corps jaune dans l'ovaire droit.

En 1898. — Observation de Sodal Winter. — Femme âgée vingt-six ans ; deux accouchements antérieurs, enceinte de quatre mois. On croit à une tumeur annexielle. A cette date, rupture de la corne utérine rudimentaire gauche, mort du fœtus qui pénètre dans la cavité abdominale, s'y transforme en lithopédion et en est retiré deux ans plus tard. Le corps jaune est dans l'ovaire gauche. Le pédicule est plein.

En 1899. — Observation de Nuckel Stæckel qui diagnostique une grossesse extra-utérine à terme avec enfant mort

chez une femme de vingt-neuf ans, ayant eu quatre accouchements antérieurs, quatre mois après la fin de la grossesse, on opère et on retire un fœtus momifié de la corne utérine rudimentaire droite. Le pédicule est court et plein.

En 1899. — Observation de Schroëder. — Femme enceinte de huit mois, grossesse développée dans la corne utérine rudimentaire gauche. Le pédicule est plein. Le corps jaune siège dans l'ovaire droit.

En 1899. — Observation de Léopold Meyer. — Femme de vingt-cinq ans, à terme, on fait le diagnostic de grossesse ectopique dans une corne séparée de l'utérus. On opère au douzième mois de la grossesse. Le diagnostic est vérifié. C'est la corne rudimentaire gauche qui est le siège de la grossesse, le pédicule est plein.

En 1899. — Keher publie l'observation d'une femme de vingt-huit ans, à terme, chez laquelle on avait porté le diagnostic de grossesse ectopique probablement dans la corne utérine rudimentaire droite. Trois semaines après la fin de la grossesse, on opère. Le diagnostic est exact. Le pédicule de liaison des deux cornes est plein. Les règles reviennent et la femme est de nouveau enceinte.

En 1901. — Observation de Jacobi. — Femme de vingt-trois ans, réglée à dix-neuf ans, primipare, présente une tumeur du volume d'une tête de fœtus dans la partie droite de l'abdomen. La femme n'a pas vu ses règles depuis quatre mois. On pense à une grossesse extra-utérine droite, à une tumeur ovarienne (kyste, dermoïde, fibrome). On enlève la tumeur avec la trompe et l'ovaire le 16 décembre. On reconnaît une grossesse développée dans la corne utérine rudimentaire droite. Le pédicule est plein.

En 1903. — Observation de Furter. — Femme de quarante ans, enceinte pour la sixième fois. Grossesse de trois mois. On fait le diagnostic de fibrome sous-péritonéal. On opère et on enlève une grossesse extra-utérine développée dans la corne utérine rudimentaire droite. Le pédicule est plein. Le corps jaune siège dans l'ovaire droit.

En 1906. — Cohn de Bucarest publie l'observation d'une femme de vingt-sept ans, enceinte pour la troisième fois, chez laquelle M. le professeur Driaghesco porte le diagnostic suivant : « Grossesse ectopique, arrivée à terme, fœtus mort depuis deux mois, dans un sac à parois contractiles, par conséquent dans une corne utérine accessoire rudimentaire. » On opère le 15 décembre. Le diagnostic est exact. Il n'existe aucun canal de communication entre les deux cornes. Le corps jaune siège sur l'ovaire droit.

SYMPTOMES

La symptomatologie des grossesses développées dans une corne utérine rudimentaire est d'une façon générale peu précise ; il est parfois difficile de supposer la malformation, il est rare de pouvoir l'affirmer.

Les antécédents utérins de la femme enceinte peuvent aider le diagnostic. Un seul signe fonctionnel inconstant, il est vrai, mais très fréquent, présente une valeur assez considérable : C'est la coexistence avec les règles de douleurs toujours localisées au même point et continuant après la cessation du flux sanguin. A la suite de ces troubles, la malade consulte et l'on peut trouver au toucher une bride vaginale ou une disposition anormale au niveau de l'utérus : *l'existence d'une masse dans un des culs-de-sac du vagin.*

Mais il arrive le plus souvent que ces antécédents sont inconnus, lorsque l'on voit évoluer la grossesse avec ses symptômes habituels : suppression des règles, augmentation de volume du ventre, gonflement des seins, vomissements. Les phénomènes réflexes sont en général plus accentués que dans la gros-

sesse normale. L'utérus augmente de volume, le col se ramollit ; mais au toucher, l'on peut sentir une tumeur juxta-utérine dans un des culs-de-sac du vagin. Après quatre mois et demi on constate les signes de certitude de la grossesse : ballottement abdominal, perception des mouvements actifs, battements du cœur du fœtus avec leur rythme habituel. Mais au milieu de ces symptômes qui nous permettent d'affirmer une grossesse, nous observons un groupe de phénomènes particuliers un peu anormaux :

On a signalé, en même que des troubles fonctionnels plus ou moins accusés, des accidents péritoniques apparaissant à la fin du premier ou du deuxième mois et pouvant survenir au cours de la gestation, des écoulements sanguins, tantôt séreux, sanguinolents et de longue durée, tantôt rouges, abondants et de courte durée. Mais ne faut pas oublier, comme l'a fait si justement remarquer M. le professeur Pinard « qu'une grossesse ectopique peut évoluer silencieusement jusqu'à terme sans déterminer le moindre accident, ni le moindre trouble fonctionnel ». Dans ces conditions, les symptômes spéciaux à cette variété de grossesse doivent être recherchés méthodiquement et avec le plus grand soin. Dans les premiers mois, on peut reconnaître que l'utérus a une forme spéciale, qu'il est développé seulement d'un côté, qu'il est fusiforme et relié par une bande de tissu ferme à une tumeur parfaitement mobile qui semble être la corne du côté opposé. Dans la seconde moitié de la grossesse, les

signes se précisent : Le col est déplacé en avant et en haut le plus souvent, son ramollissement est moins accusé, moins complet que dans la grossesse utérine. La tumeur à l'état de gravidité, ovoïde, à grand axe vertical, mobile, s'appuie sur une tumeur plus petite, de la consistance d'un utérus et se continuant avec le col. Au cour du palper et du toucher combinés on peut sentir cette petite tumeur se contracter.

Dès lors, l'on est en droit de penser à une grossesse extra-utérine. L'hystérométrie de la corne bien développée montre son hypertrophie. Ce cathétérisme peut être non seulement instrumental, mais digital, comme le préconise Tarnier. Le curettage ramène des lambeaux de caduque. Le fœtus est difficile à palper, il est recouvert par une paroi musculaire. Devons-nous insister sur ce signe ? Nous répondrons non, nous basant sur l'opinion de M. le professeur Pinard au sujet des grossesses extra-utérines : « Je n'ai jamais été frappé de cette superficialité des parties fœtales. Le plus souvent je les ai rencontrées profondément situées et il m'est arrivé maintes fois de les sentir plus facilement dans les grossesses utérines que dans les grossesses extra-utérines. » La mobilité sur laquelle Landau insiste n'a qu'une faible valeur, le pédicule étant souvent très court.

C'est grâce à la *palpation d'un pédicule* que le diagnostic a été posé dans les cas 6, 7, 8 de la thèse de Kehrer. Dans ces cas, le pédicule de liaison des

deux cornes, était inséré en bas, plus près du col que du fond et avait été senti par le palper bimanuel, vaginal ou rectal. L'application d'une pince sur le col que l'on attire vers la vulve, rend cet examen plus facile. Ce pédicule peut-être reconnu même par le toucher utérin comme dans le cas 10 de la thèse de Kehrer : « Le doigt introduit dans l'utérus perméable et vide sentait des parties fœtales dures comme de la pierre dans une poche munie d'un pédicule s'insérant près de l'orifice interne du col.

Si l'on peut isoler l'utérus par le palper, l'*implantation des annexes* peut constituer un signe caractéristique (cas 11, 12, 13) de la thèse de Kehrer. Dans ces cas, non seulement, l'on avait senti le pédicule, mais on avait perçu, oblique en bas et en dehors, le ligament rond, hypertrophié, roulant sous le doigt et s'insérant très loin de la moitié vide de l'utérus, à la partie antéro-externe de la tumeur. C'est sur ce seul signe d'une très grande valeur que reposait le diagnostic dans le cas 5 de la thèse de Kehrer.

Nous terminerons cette étude symptomatologique par un signe qui permet d'affirmer l'existence d'une grossesse dans une corne accessoire : c'est *la perception de contractions saisies au cours d'un palper.* Malheureusement, le palper est souvent difficile. L'état général de la femme est mauvais, elle est fébricitante, son abdomen est douloureux spontanément et à la palpation par suite des irritations péritonéales. Dans le cas 9 de la thèse de Kehrer on peut sentir les *contractions rythmiques* de la corne

qui contenait le fœtus en introduisant le doigt dans la moitié vide. Dans l'observation qu'il rapporte, Cohn de Bukarest dit : « On surprend, fait très important, de temps en temps, sous la main exploratrice, une contraction de la tumeur qui durcit et se relâche aussitôt sans être accompagnée de douleurs. »

Quant à la radiographie, même dans les cas avancés de grossesse ectopique, elle n'a pu donner de renseignements.

Les signes se modifient *après la mort du fœtus*. D'abord, il y a disparition des signes subjectifs et objectifs, la tension intra-kystique est permanente et exagérée ; à travers la paroi abdominale, on peut facilement sentir la crépitation osseuse produite par le chevauchement des os du crâne les uns sur les autres. Les menstrues elles-mêmes réapparaissent avec leur périodicité et leurs caractères habituels. Il *n'y a plus grossesse mais kyste fœtal* comme l'a si bien fait remarquer M. le professeur Pinard.

DIAGNOSTIC

Les difficultés que présente le diagnostic clinique sont variables suivant que l'on examine la femme dans la première moitié ou dans la seconde moitié de la grossesse, suivant que le fœtus est vivant ou mort. Le diagnostic anatomique de la variété est souvent lui-même fort délicat.

Dès les premiers mois de la grossesse apparaissent des troubles fonctionnels accusés, des douleurs abdominales, des hémorragies. Les accouchements antérieurs ont été pathologiques, caractérisés soit par la lenteur du travail, soit par des présentations vicieuses (siège), soit par la rétention du placenta. La présence des brides dans le vagin fait penser à une malformation utérine. Au toucher, l'on constate, dans un des culs-de-sac, une tumeur juxta-utérine. Un sillon la sépare de l'utérus qui augmente de volume, en même temps que son col se ramollit légèrement. Il n'existe aucun signe de certitude de grossesse, aussi n'est-on autorisé qu'à émettre l'hypothèse d'une grossesse dans une corne utérine rudimentaire. Les symptômes sont peu accentués, il faut un grand sens clinique pour éviter la confusion :

Avec les tumeurs salpingiennes, les abcès de la cavité de Retzius. — Dans ces cas, les règles persistent, il n'y a pas de phénomènes d'intoxication dus à la grossesse, pas d'hypertrophie et de ramollissement de l'utérus.

Avec les abcès pelviens qui peuvent constituer une tumeur séparée de l'utérus par un sillon. Mais ces abcès débutent presque toujours brusquement, par une douleur syncopale, avec phénomènes péritoniaux : fièvre, frissons, petitesse du pouls. Ils surviennent le plus souvent après l'accouchement chez des femmes ayant eu des suites de couches pathologiques.

Avec l'hématosalpinx, les règles sont supprimées momentanément, la menstruation est anormale, mais il existe des crises paroxystiques de douleurs s'accompagnant d'hémorragie vaginale, et, d'après Bantock, on constate de la fièvre après la rupture.

Avec un fibrome de la paroi postérieure, on a alors une tumeur régulière, faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur et pouvant se contracter sous la main. L'augmentation de volume est beaucoup moins rapide que dans la grossesse extra-utérine développée dans une corne rudimentaire.

Avec un utérus gravide rétroversé. — Au toucher, le col difficilement accessible est caché derrière la symphyse et par compression détermine de la rétention d'urine. S'il y a rétroflexion, le col est accessible. Par le palper et le toucher combinés, on peut explorer la tumeur, on constate son augmentation de

volume, sa consistance et on reconnaît que cette tumeur se prolonge avec le col. Cet utérus gravide rétrofléchi peut être réduit sous chloroforme.

Dans les derniers mois de la grossesse, le diagnostic est plus facile. On peut affirmer qu'il y a grossesse, il suffit d'en déterminer la variété :

Une grossesse utérine normale, chez une femme ayant une paroi abdominale peu épaisse, un utérus aminci peut, à un examen rapide en imposer pour une grossesse extra-utérine dans une corne rudimentaire.

Un fibrome développé sur la lèvre antérieure du col et ayant amené l'occlusion de l'orifice cervical peut être une cause d'erreur (cas rapporté par Sænger).

Une grossesse dans un utérus cloisonné (cas de Reamy) simulera la grossesse extra-utérine par ses symptômes douloureux, par ses hémorragies, par la présence d'une petite tumeur accolée à la tumeur principale. Après plusieurs examens, on se rend compte que cette petite tumeur, ne contenant pas l'œuf, suit régulièrement le développement de l'utérus et est de moins en moins accentuée.

Lorsque, chez une femme, évoluent en même temps *une grossesse et un kyste de l'ovaire*, le diagnostic est, en général, d'autant plus difficile que la grossesse est plus avancée. On sait, d'autre part, que dans une corne utérine rudimentaire, on peut constater de l'hydramnios. Le développement trop considérable de l'abdomen sera donc un signe de

peu de valeur. Mais on reconnaît au palper deux tumeurs : l'une fluctuante, c'est le kyste ; l'autre dure, se contractant par intermittences, c'est l'utérus. Si le fœtus est mort et retenu dans la cavité utérine, il n'y a généralement plus de contractions utérines : la différence de consistance entre les deux tumeurs et la crépitation osseuse perçue dans l'une d'elles, sont les seuls phénomènes capables de nous conduire au diagnostic.

La rétention dans l'utérus d'un fœtus de six à sept mois mort depuis plusieurs semaines, a pu faire croire à une grossesse ectopique dans une corne utérine rudimentaire avec enfant mort. La femme ne perçoit plus de mouvements actifs et deux ou trois jours après leur cessation, la montée laiteuse apparaît. Les bruits du cœur du fœtus ne sont plus entendus. Il n'y a pas de souffle utérin. On peut sentir la crépitation osseuse au niveau du détroit supérieur, mais elle est plus manifeste, lorsque c'est l'extrémité pelvienne qui se présente au détroit supérieur. L'utérus forme une tumeur mollasse, pâteuse, difficile à délimiter, le col est peu ramolli. On reconnaît que cette tumeur est en continuité avec le col, l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine se trouve détruite.

La superficialité des parties fœtales, l'irrégularité de la tumeur fixée par des adhérences, l'absence du ligament rond sur la face antérieure du kyste fœtal, le manque de contractions au cours d'un palper sont autant de symptômes qui nous permettent de diffé-

rencier *la grossesse extra-utérine* en général de celle développée dans une corne rudimentaire. Lorsque le fœtus est mort, le kyste diminue de volume, ses parois se rétractent, la tumeur devient dure, et si l'on ne sent pas de crépitation osseuse, on peut croire à *un fibrome*. Le diagnostic n'est fait le plus souvent qu'à l'autopsie ou au cours d'une intervention chirurgicale. La radiographie, dans ces cas, peut rendre des services : elle montre l'existence d'un squelette dans la cavité abdominale.

Le diagnostic clinique est donc loin d'être facile ; parfois même, après opération ou autopsie, il est difficile de préciser le diagnostic anatomique.

Est-ce une grossesse ovarique ? non, l'ovaire est intact.

Est-ce une grossesse abdominale primitive ou secondaire ? Non. C'est une poche musculaire qui entoure le fœtus.

Est-ce un kyste fœtal, développé en un point quelconque de la trompe ? Le ligament rond, au lieu d'être situé en dehors, se met en rapport avec la partie interne du sac fœtal.

L'hypothèse d'une grossesse tubaire évoluant dans l'isthme ne nous retiendra pas. Dans cette variété, la rupture se fait de très bonne heure.

Dans la grossesse interstitielle, le kyste fœtal peut aller jusqu'à terme, mais le plus généralement, la tumeur est largement sessile et présente un orifice du côté de la trompe.

L'œuf fait hernie dans l'utérus, si l'on est en face d'une *grossesse interstitielle tubo-ovarienne.*

Le kyste fœtal se développe profondément dans le bassin et est adhérent à l'utérus dans toute l'étendue de son bord dans la *grossesse tubaire intra-ligamentaire.*

En cas de rupture, le diagnostic de la variété de grossesse ectopique perd son importance ; la pâleur de la face, la petitesse du pouls, le refroidissement des extrémités, la tendance à la syncope sont autant de symptômes qui commandent d'urgence l'intervention.

PRONOSTIC

Le pronostic est très variable, suivant que la paroi kystique se développe en même temps que le fœtus, ou suivant que le kyste se rompt, suivant que le fœtus meurt ou qu'il continue à se développer jusqu'à terme.

Sur 107 cas de grossesse développés dans une corne utérine et rapportés par Treub, il y eut 49 ruptures. Ces ruptures sont moins fréquentes que dans les grossesses extra-utérines, mais elles sont en général toujours plus graves. Sur 49 ruptures il y eut 33 cas de mort. Ce qui fait un pourcentage de 67 o/o. Dans les nouvelles statistiques, les cas de mort par rupture sont bien moins nombreux, probablement en raison du diagnostic précoce de ces grossesses dans des cornes et de l'ablation chirurgicale du kyste fœtal avant le quatrième ou le cinquième mois, époque à laquelle apparaît le plus fréquemment cet accident. En général, plus la rupture se produit tard, plus l'hémorragie est abondante et la mort probable. Les parois du sac embryonnaire sont constituées par des fibres musculaires hypertrophiées, surdistendues, d'autant mieux vascularisées

que l'on approche plus près du terme de la grossesse. Sous l'influence d'un effort, d'un traumatisme même léger, ou sans causes apparentes, la malade éprouve tout d'un coup dans l'abdomen une douleur vive avec irradiations multiples. La face devient pâle, le pouls petit, les extrémités se refroidissent. La femme a des tendances syncopales. L'hémorragie peut être foudroyante. Et cependant nous avons remarqué, au cours des nombreuses observations que nous avons pu lire, que, dans certains cas de rupture à un âge très avancé de la grossesse, les symptômes ont été très insidieux, la quantité de sang souvent minime. La rupture se fait si lentement que les vaisseaux ont le temps de se thromboser. A la suite de l'hémorragie éclate une péritonite subaiguë si l'enfant est vivant, presque toujours fatale lorsque le fœtus est mort.

Nous avons vu que la rupture était fréquente, mais non fatale. Que va devenir le fœtus, si cet accident ne se produit pas? ou il y aura terminaison prématurée de la grossesse par mort du fœtus ou la grossesse ira à terme. Le cas le plus favorable serait celui où, le diagnostic étant fait, on pratiquerait à terme l'opération césarienne qui ramènerait un enfant vivant et viable. Nous n'avons relevé cette heureuse terminaison dans aucun cas. Le plus souvent, il y a mort du fœtus soit avant, soit au terme de la grossesse et formation d'un lithopédion avec quelquefois même transformation calcaire des parois du sac. Enfin, il faut signaler que l'évolution peut

être modifiée par l'infection apportée soit par le vagin, rarement, soit par l'intestin. Les parois du sac sont traversées par des microbes divers. L'état général est fortement touché. La fièvre, la perte des forces, l'amaigrissement apparaissent rapidement. La suppuration peut elle-même se produire et la collection purulente peut s'ouvrir dans la cavité de la corne principale, dans un organe voisin : rectum, vessie, dans la cavité péritonéale déterminant rapidement la mort par péritonite suraiguë.

TRAITEMENT

Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale a dit M. le professeur Pinard. Cette formule renferme tout le traitement des grossesses développées dans une corne utérine rudimentaire ou non. Le pronostic opératoire de ces grossesses est plus favorable que dans les grossesses ectopiques, car le placenta peut être extirpé en même temps que le sac fœtal.

L'intervention de choix, c'est la *laparotomie* médiane permettant l'ablation de la tumeur à la façon d'un kyste de l'ovaire, après ligature du pédicule.

Dans le cas que nous avons observé, le pédicule large a pu être lié facilement au niveau du ligament infundibulo-pelvien et au niveau du ligament large par des fils en U. L'hémostase a été complète. La section du pédicule a été faite le plus loin possible de la corne principale de manière à traumatiser le moins possible l'utérus, pouvant devenir le siège de nouvelles grossesses. C'est ce qui explique pourquoi nous n'avons pu obtenir l'examen histologique du

pédicule très court et absolument absent sur la tumeur enlevée.

L'hémostase n'est pas toujours aussi facile et dans certains cas, l'hémorragie persistant, on a dû pratiquer l'amputation sus-vaginale ou l'hystérectomie totale.

Mais doit-on toujours opérer ? Oui. Si le diagnostic est fait dans les premiers mois, en raison des dangers de la rupture vers le quatrième ou le cinquième mois.

Si l'enfant est âgé de plus de six mois, il faut attendre, surveiller la femme et se tenir prêt a intervenir, il faut suivant l'heureuse expression de Rein au Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie de Bruxelles « faire de la chirurgie obstétricale absolument conservatrice ».

S'il existe des craintes de rupture ou de transformation purulente, l'intervention est indiquée.

Lorsque l'enfant est mort depuis quelques jours seulement, il ne faut point intervenir, l'on exposerait ainsi la mère à tous les dangers de l'hémorragie, il est préférable d'attendre la cessation de la vascularisation placentaire, cessation qui est toujours complète à la fin du deuxième mois après la mort du fœtus.

Le kyste est-il transformé en lithopédion ? Il faut encore intervenir, car cette tumeur peut s'enflammer, suppurer et donner lieu à des complications mortelles.

Dans le cas où le sac fœtal est enclavé dans le

bassin, on préférera l'élytrotomie en agissant très prudemment pour ne point blesser l'uretère (comme dans le cas de Schramm).

Souvent la paroi kystique présente des adhérences nombreuses avec les organes voisins. Dans ces cas, il vaut mieux pratiquer la marsupialisation du kyste que l'on enlève en partie et dont l'on suture le bord à la paroi abdominale. L'élimination au placenta se fait du dixième au vingtième jour. La résorption du kyste fœtal est généralement rapide. Enlever tout le kyste est plus chirurgical, mais certainement moins prudent, Pinard.

CONCLUSIONS

1° La grossesse paraît pouvoir se développer et évoluer jusqu'à terme dans une corne utérine sans communication avec l'extérieur ;

2° L'ovule fécondé peut être fourni par l'un ou l'autre ovaire. Dans le cas où cet ovule provient de l'ovaire opposé, il atteint la corne utérine rudimentaire par migration intra-péritonéale ; dans le cas contraire ce sont les spermatozoïdes qui évoluent dans la cavité péritonéale ;

3° Comme dans toute grossesse, les règles sont supprimées. Elles réapparaissent après le mort du fœtus, dans le cours de la rétention fœtale ;

4° Le diagnostic de cette variété de grossesse est ordinairement très difficile ;

5° La grossesse développée dans une corne utérine borgne peut évoluer comme une grossesse extra-utérine et aboutir à la rupture. Elle peut, au contraire, se terminer par la mort du fœtus qui restera retenu un temps variable sans déterminer d'accidents ;

6° L'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles nécessite l'ablation du kyste fœtal par la laparotomie.

Vu : le président de la thèse,
PINARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bar (P.). — Notes sur la greffe de l'œuf dans une corne utérine. Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1902, V, p. 168.

Bar (P.) et Mercier. — Rupture spontanée d'une corne utérine à la fin de la grossesse ; grossesse tubo-utérine. Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1898, p. 36-44, 1 pl.

Bar (P.). — Traité d'obstétrique. T. II, p. 342-348.

Blanchard. — Utérus didelphes à cornes utérines séparées. Thèse de Lyon, 1907-1908.

Bousquet. — Grossesse et accouchement dans l'utérus didelphe. Thèse de Montpellier, 1902-1903.

Brindeau. — Grossesse développée dans une corne utérine atrophiée. Bull. Soc. d'Obstétrique de Paris, 1907, X, p. 250-253.

Cohn. — La grossesse dans la corne accessoire rudimentaire ou atrésique de l'utérus bicorne unicervical. Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale, janvier et février 1909, p. 1 à 35.

Cullin et G. L. Wilkins. — Pregnancy in a rudimentary uterine horn. Rupture death probable migration of orum and spermatozoa.

— Johns Hopkins Hospital Reports Baltimore, 1897, VI, p. 113-131, 3 pl.

Chabert (de). — Grossesse dans une des cornes d'un utérus cloisonné. Nord Médical. Lille, 1903, IX, p. 153.

Demelin et Rochard. — Grossesse extra-utérine. Kyste fœtal. Bulletin de la Société d'Obstétrique. Paris, 1903, p. 179-226-235.

Gummert. — Ein fall von schwangerschaft im verkümmerten Nebenhorn. (Centralb. f. Gyné. Leipzig, juin 1897, XXI, p. 704-707).

Hoff. — Beitrag sur l'histologie der schwangerschaft im rudimentaren Nebenhorn. (Archiv. für. Gyn. Berlin 1906, t. XXX, p. 352-353, 1 pl.)

Imbert. — Développement de l'utérus et du vagin (Thèse d'agrégation, 1883).

Jacobi. — Uber Graviditât im rudimentaren Horn des uterus bicornis (Thèse de Leipzig, 1901).

Kehrer (E.). — Dar Nebenhorn des doppelten Uterus. Diss. Inaug. Heidelberg, 1899.

Kussmaul. — Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdop pelung der Gebarmùtter. Würsburg, 1859.

Lambret (O.). — Grossesse extra-utérine, extirpation du kyste fœtal. Guérison (Echo méd. du Nord. Lille, 1898. ü, p. 605-607).

Lefour et Fieux. — Grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. (Revue mensuelle de gyn., obstét. et Pœdiat. de Bordeaux, mai 1903, p. 214).

Lemercier (G.). — Grossesse intraligamentaire après le 5e mois, Thèse de Paris, 1900-1901.

Moriceau. — Traité des maladies des femmes grosses (Paris, 1740, p. 86).

Pozzi (S.). — Traité de Gynécologie, p. 1106, t. II, 4e édition, 1907.

Pinard. — Nouveaux documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. Annales de Gynécologie et d'Obst. Paris, 1892, XXVIII, I, p. 99-171.

— Signes, diagnostic et traitement de la grossesse ectopique après le sixième mois. Semaine médicale. Paris,

1894, XIX, p. 224-226. Clinique obstétricale, 1897-1898, p. 207-235.

— De l'intervention dans la grossesse extra-utérine. Rev. Obst. et Gynéc. Paris, 1895, XI, p. 206-209.

Potocki. — Communication à la Société d'obst. de Gynéc. et de pœdiatrie de Paris, février 1909.

Rapins et de senarclen. — Un cas de grossesse dans une corne d'utérus cloisonné. Revue médicale de la Suisse romane. Genève, 1902, XXI, p. 51-53.

Rempry. — Gestation in a rudimentary hom. London obst. transact. V, XXXVI, p. 263, 1895.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'Obstétrique, 6e éd., p. 958-964. Malformations utérines.

Ries. — A case of pregnancy in the rudim hom. Americ. Journ. of obst. N.-Y. 1901, V, XLIII, p. 54-57.

Screjnikoff. — Ein fall von Cœlistomie weigen Schwangerschaft im rudim. Home eines uterus biconis. Monatschr. f. Geburtsh und Gynecol. Berlin, 98. Bd. VIII, p. 232-228.

Targett. — Rupture de gestation in an imperfection uterine hom uterus biconis unicollis. London obst. Transact. 1898, p. 46, vol. XXXIX.

— Full tem pregnancy in a rudimentary hom of uterus. London obst. Transact. 1900, vol. XLIII, p. 276.

Warin. — De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire et tubo-utérine. Diagnostic et traitement avec le cinquième mois. Thèse de Paris, 1896-1900.

Imp. de la Faculté de Médecine Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.